

---

**Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190690353**

**Vítima: RAMON GALDINO DE ANDRADE**

**Data do Acidente: 10/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RAMON GALDINO DE ANDRADE**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190690353                      Vítima: RAMON GALDINO DE ANDRADE

Data do Acidente: 10/08/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAMON GALDINO DE ANDRADE

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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



---

**Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190690353**

**Vítima: RAMON GALDINO DE ANDRADE**

**Data do Acidente: 10/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), RAMON GALDINO DE ANDRADE**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0443843/19 3 - CPF da vítima: 120.649.584-54 4 - Nome completo da vítima: Ramon Gelbino de Andrade

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

5 - Nome completo: Ramon Gelbino de Andrade 6 - CPF: 120.649.584-54  
7 - Profissão: Ukofonista 8 - Endereço: Conde de Peleto 9 - Número: 639 10 - Complemento: -  
11 - Bairro: Cerejeiras 12 - Cidade: Jaruá - PE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58094-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 18349428028

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vul nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jaruá - PE 30.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0443843/19 3 - CPF da vítima: 120.645.584-54 4 - Nome completo da vítima: Ramon Galdino de Andrade

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

5 - Nome completo: Ramon Galdino de Andrade 6 - CPF: 120.645.584-54  
7 - Profissão: Mateirista 8 - Endereço: R. Coronel Celso 9 - Número: 635 10 - Complemento: 11  
11 - Bairro: Marzagabeira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58059-000  
15 - E-mail:  16 - Tel(DDD): (83) 991928028

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  18 - CPF do Representante Legal:  19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8157 CONTA: 33638 6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

\* Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos:  30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:  33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa PB 06.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Ramon Galdino de Andrade

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14013.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14013.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:39 horas do dia 09 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Ramon Galdino de Andrade**, CPF nº 120.645.584-54, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Josicleide Galdino Irmão e Elenilton Gouveia de Andrade, natural de São Paulo/SP, nascido(a) em 25/10/1997 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Coronel Calixto, Nº 635, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Perto da Igreja, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (s) para contato (83) 99603-8484.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Trevo das Mangabeiras, Xx, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/08/19 09:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 10/08/2019, POR VOLTA DAS 09:10, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA POP DE COR BRANCA, ANO 2018 E PLACA QFY-4793/PB, CHASSI 9C2JB0100JR034424, NO TREVO DAS MANGABEIRAS, MANGABEIRA, NESTA CAPITAL, QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO E PARA NÃO COLIDIR NO MESMO, DESVIOU E COLIDIU NA TRASEIRA DE UM CAMINHÃO QUE ESTAVA PARADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S32.0 + S32.5, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA.

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 fê.

João Pessoa/PB, 09 de dezembro de 2019.

JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

RAMON GALDINO DE ANDRADE  
Noticiante



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0443843/19 3 - CPF da vítima: 120.649.584-54 4 - Nome completo da vítima: Ramon Gelbino de Andrade

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

5 - Nome completo: Ramon Gelbino de Andrade 6 - CPF: 120.649.584-54  
7 - Profissão: Urologista 8 - Endereço: Conde de Peleto 9 - Número: 639 10 - Complemento: -  
11 - Bairro: Cerejeiras 12 - Cidade: Jaruá - PE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58094-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 18349428028

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vulgarmente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jaruá - PE 30.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RAMON GALDINO DE ANDRADE  
DADOS DE NASCIMENTO 25/10/97  
NOME DA MÃE JOSICLEIDE GALDINO IRMÃO

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.182.504  
Nº PRONTUARIO  
DATA DO ATENDIMENTO 10/08/19  
HORA DO ATENDIMENTO 10:46  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA VÉRTEBRA LOMBAR (L2) + FRATURA DO RAMO ÍSQUIO-PÚBICO D  
CID 10 S 32.0 + S 32.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (caminhão x moto), trazido pelo SAMU, apresentando cefaléia e trauma lombar-sacra e da bacia com lombalgia + limitação dos movimentos da coluna, além de escoriações em região tóraco-abdominal E e face lateral da coxa E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.


### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio  
TC da coluna dorsal  
TC da coluna lombar  
RX da coluna lombo-sacra - AP e P  
RX do tórax - AP  
RX da bacia - AP  
USG do abdome total - FAST

### TRATAMENTO:

Fratura de vértebra lombar (L2) à TC e RX lombar. Fratura do ísquio-púbico D ao RX. Sem alteração às outs TC's, USG e aos outros RX. Realizado atendimento, medicação e tratamento conservador com prescrição de colete aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 11/08/19  
DATA DA EMISSÃO: 07/11/19

  
Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

**SEGUE**

*o trabalho*

AV. ORESTES LISBOA, 48 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

**Boletim de Atendimento: 1182504**



<b>Identificação do paciente</b>						
ID 1428686	Nome RAMON GALDINO DE ANDRADE		Sexo Masculino			
Data de nascimento 25/10/1997	Idade 21 anos 9 meses 18 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe JOSICLEIDE GALDINO IRMAO			Pai ELENILTON GOUVEIA DE ANDRADE			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) MARCOS PAULO CUNHA - ACOMPANHANTE			
DDD Celular 63	Celular 968095854	DDD	Telefone			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4160213	Nº Cns				
Local de procedência MANGABEIRA	Tipo BAIRRO	UF PB				
Email	Naturalidade SÃO PAULO	CBO/R				
<b>Endereço</b>						
CEP 59059000	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CORONEL CALIXTO			
Número 5N	Complemento	Bairro MANGABEIRA				
<b>Admissão</b>						
Data e Hora 10/06/2019 10:46:39	Número da pulseira 1000007275851	Convênio SUS				
Especialidade <del>ORTOPEDIA</del> <i>Geral</i>	Clínica					
Classificação do risco		Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Melo de transporte SAMU	Quem transportou					
<b>Sinais Vitais</b>						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
<b>Exames complementares</b>						
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos <i>Leto foram seguidos por acidente de moto com contusão leve em membros inferiores.</i>						
Diagnóstico <i>lesão lombar.</i>						CID
Atendido por HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS						Tempo 57seg

## Immunisier

Herz  
dankbar  
LSE



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE**

*o trabalho*

**AREA LARANJA UDC**

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

**Tel: 32165700**

**CNES: 2458276**

<b>Paciente</b> RAMON GALDINO DE ANDRADE	<b>BAE</b> 1182504	<b>Data/Hora Entrada</b> 10/08/2019 10:46:39	<b>Data Baixa</b>
<b>Data de nascimento</b> 25/10/1997	<b>Idade</b> 21a 9m 18d	<b>Sexo</b> Masculino	<b>Telefone de Contato</b> (83) 988095854
<b>Mãe</b> JOSICLEIDE GALDINO IRMAO		<b>CNS</b>	<b>Prontuário</b>
<b>Endereço</b> CORONEL CALIXTO, S/N	<b>Bairro</b> MANGABEIRA	<b>Município</b> JOAO PESSOA	<b>UF</b> PB
<b>Acidente</b> VEICULO X MOTO	<b>Motivo</b> ACIDENTE DE MOTOCICLETA	<b>Profissional</b> JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO	<b>Nº Cons. Regional</b> 7149/PB
<b>Data/Hora Classificação</b> 10/08/2019 10:48:39		<b>Data/Hora Prescrição</b> 10/08/2019 12:41:48	

## **ANAMNESE**

QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA LOMBAR E SÁCIA SOLICITO TC LOMBAR

## **EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR

## **Conduta**

Em observação

RAMON GALDINO DE ANDRADE

JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO  
(CRM: 7149/PB)

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 10/08/2019 10:47:36





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUIE  
o trabalho**

**AREA AMARELA**

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>RAMON GALDINO DE ANDRADE</b>	BAE <b>1182504</b>	Data/Hora Entrada <b>10/08/2019 10:48:39</b>	Data Bacia
Data de nascimento <b>25/10/1997</b>	Idade <b>21a 9m 16d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988095854</b>
Mãe <b>JOSICLEIDE GALDINO IRMAO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>CORONEL CALIXTO, SN</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES</b>	Nº Cons. Regional <b>9456/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>10/08/2019 10:48:39</b>		Data/Hora Prescrição <b>10/08/2019 15:20:59</b>	

**ANAMNESE**

QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA LOMBAR E BACIA SEM DEFICIT NEUROLOGICO, LIMITAÇÃO DE ADM DA COLUNA. TC DE COLUNA LOMBAR : FX DE COLUNA ANTERIOR POR COMPRESSÃO DE L2 RX DE BACIA : FX DE RAMO ISQUIO-PUBICO DIREITO, SEM DESVIO CD: SOLICITO AVALIAÇÃO DA NCR ORIENTAÇÕES QUANTO AO TRATAMENTO CONSERVADOR DA FX DE BACIA

**Conduta**

Em observação

RAMON GALDINO DE ANDRADE

Dr. Matheus Mozart Silveira Melquiades  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 10.000.000-0  
RTP: 10.000.000-0  
MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES  
(CRM: 10.000.000-0)

Boletim registrado por: HUGO WENED PEREIRA DOS SANTOS em 10/08/2019 10:47:36



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUIE  
o trabalho**

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221-1

Paciente  
**RAMON GALDINO DE ANDRADE**

Data de nascimento  
25/10/1987

Idade

21a 9m 16d

Mãe  
**JOICLEIDE GALDINO IRMAO**

Endereço  
**CORONEL CALIXTO, SN**

Acidente  
**VEICULO X MOTO**

Data/Hora Classificação  
10/08/2019 10:46:39

BAE  
1182504

Sexo  
Masculino

Bairro  
**MANGABEIRA**

Motivo  
**ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

Data/Hora Entrada  
10/08/2019 10:46:39

CNS

Município  
**JOAO PESSOA**

Profissional  
**MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA**

Data/Hora Prescrição  
10/08/2019 18:03:17

Data Baixa

Telefone de Contato  
(83) 986095854

Prontuário

UF  
PB

Nº Cons. Regional  
6018/PB

**ANAMNESE**

ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM CEFALIA E LOMBALGIA. AO EXAME: GLASGOW 15, ASIA-  
E, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. TC DA COLUNA LOMBAR: FRATURA COMPRESSÃO L2. CD: TC DA COLUNA DORSAL E  
TC DE CRANIO.

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

**CID10**

S32.0 - Fratura da vértebra lombar

**Conduta**

Em observação

*Dr. Mauro Guerra*  
Neurocirurgia  
CRM-PB 5018

**RAMON GALDINO DE ANDRADE**

**MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA**  
(: 6018/PB)

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 10/08/2019 10:47:36



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE**

*o trabalho*

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>RAMON GALDINO DE ANDRADE</b>	BAE <b>1182504</b>	Data/Hora Entrada <b>10/08/2019 10:48:39</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>25/10/1997</b>	Idade <b>21a 9m 17d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>JOSICLEIDE GALDINO IRMAO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 958095854</b>
Endereço <b>CORONEL CALIXTO, SN</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>10/08/2019 10:48:39</b>		Data/Hora Prescrição <b>10/08/2019 21:04:07</b>	Nº Cons. Regional <b>6018/PB</b>

**ANAMNESE**

ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM CEFALIA E LOMBALGIA. AO EXAME: GLASGOW 15, ASIA-  
E, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. TC DA COLUNA LOMBAR: FRATURA COMPRESSÃO L2. TC DA COLUNA DORSAL E TC DE  
CRANIO: N.D.N. CD: COLETE DE PUTTI

**CID10**

S32.0 - Fratura de vértebra lombar

**Conduta**

Em observação

\_\_\_\_\_  
RAMON GALDINO DE ANDRADE

\_\_\_\_\_  
MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA  
(: 6018/PB)

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 10/08/2019 10:47:36





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGRE**

**o trabalho**

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>RAMON GALDINO DE ANDRADE</b>	BAE <b>1182504</b>	Data/Hora Entrada <b>10/08/2019 10:46:39</b>	Data Baixa <b>2019-08-11 11:45:40.0</b>
Data de nascimento <b>25/10/1997</b>	Idade <b>21a 0m 17d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988095854</b>
Mãe <b>JOSICLEIDE GALDINO IRMAO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>CORONEL CALIXTO, 5N</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>	Nº Cons. Regional <b>8628/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>10/08/2019 10:46:39</b>		Data/Hora Prescrição <b>11/08/2019 11:45:50</b>	

## ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-CAMINHÃO. REFERE DOR EM COLUNA LOMBOSSACRA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, ALERGIAS, OUTRAS QUEIXAS. AO EXAME: BEG (BOM ESTADO GERAL), LOET (LÚCIDO E ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO), AAA (ANICTÉRICA, ACIANÓTICA, AFEBRIL), EUPNEICO; A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM DEFORMIDADES CERVICAIS, SEM CERVICALGIA, MOVIMENTANDO ATIVAMENTE O PESCOÇO; B: RESPIRA ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE (SPO2 100%), AUSÊNCIA DE DEFORMIDADES TORÁCICAS, EXPANSIBILIDADE TORÁCICA PRESERVADA BILATERALMENTE; C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM FERIMENTOS E SEM SANGRAMENTO SIGNIFICATIVO, AUSÊNCIA DE TAQUICARDIA, SUDORESE OU AGITAÇÃO; D: ECG 15; E: ESCORIAÇÕES EM REGIÃO TORACOABDOMINAL ESQUERDA E EM CARA LATERAL DA COXA ESQUERDA. CONDUTA: PRIMEIRO ATENDIMENTO; SOLICITO RX TÓRAX, RX DA COLUNA LOMBOSSACRA, RX BACIA, USG FAST; SOLICITO PARECER DA ORTO.

(10/08/2019 11:02:33-FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO)

QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA LOMBAR E BACIA SOLICITO TC LOMBAR

(10/08/2019 12:41:49-JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO)

QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA LOMBAR E BACIA SEM DEFICIT NEUROLOGICO, LIMITAÇÃO DE ADM DA COLUNA, TC DE COLUNA LOMBAR: FX DE COLUNA ANTERIOR POR COMPRESSÃO DE L2 RX DE BACIA: FX DE RAMO ISQUIO-PUBICO DIREITO. SEM DESVIO CD: SOLICITO AVALIAÇÃO DA NCR ORIENTAÇÕES QUANTO AO TRATAMENTO CONSERVADOR DA FX DE BACIA

(10/08/2019 15:20:59-MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUADES)

ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM CEFALIA E LOMBALGIA. AO EXAME: GLASGOW 15, ASIA-E, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. TC DA COLUNA LOMBAR: FRATURA COMPRESSÃO L2. CD: TC DA COLUNA DORSAL E TC DE CRÂNIO.

(10/08/2019 18:03:17-MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA)

ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM CEFALIA E LOMBALGIA. AO EXAME: GLASGOW 15, ASIA-E, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. TC DA COLUNA LOMBAR: FRATURA COMPRESSÃO L2. TC DA COLUNA DORSAL E TC DE CRÂNIO: N.D.N. CD: COLETE DE PUTTI

(10/08/2019 21:04:07-MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA)

\*\*\*\*\*NEUROCIRURGIA\*\*\*\*\* ACIDENTE DE MOTO; CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DEFICIT APENDICULAR TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM ANORMALIDADES TOMOGRAFIA DE COLUNA DORSAL SEM SINAIS DE FRATURAS TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBOSSACRA: FRATURA DE L2 SEM SINAIS DE COMPRESSÃO DE CANAL RECEBE ALTA EM USO DE COLETE DE PUTTI CONDUTA: ALTA; ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

(11/08/2019 11:45:50-RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO)

## MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA

RADIOGRAFIA DE BACIA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

## CID10

S32.0 - Fratura de vértebra lombar

S32.0 - Fratura de vértebra lombar

T14.9 - Traumatismo não especificado

Ricardo Rodrigues de Carvalho  
Neurocirurgião  
CRM 3603

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

## Conduta

Alta médica

## Alta

Usuário

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO

Motivo de Alta

ALTA MÉDICA

Data e Hora

11/08/2019 11:45:40

Observações:

RAMON GALDINO DE ANDRADE

Ricardo Rodrigues de Carvalho  
Neurocirurgia

21/08/2019

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(: 8628/PB)



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

**Parecer Médico**

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Prontuário</b>
RAMON GALDINO DE ANDRADE	21A 9M 16D	
<b>Boletim de Atendimento</b>	<b>Data de Entrada</b>	<b>Data Internação</b>
1182504	10/08/2019 10:46:39	
<b>Convênio</b>	<b>Leito</b>	<b>Clínica</b>
SUS		CLINICA MEDICA
		<b>Permanência na Unidade</b>
		16min
		<b>Permanência no Leito</b>

<b>Parecer médico</b>	
<b>Especialidade</b>	<b>Profissional</b>
ORTOPEDIA	
<b>Motivo da solicitação</b>	<b>Data da Solicitação:</b> 10/08/2019 11:02:26
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-CAMINHÃO. REFERE DOR EM COLUNA LOMBOSSACRA.	
<b>Parecer</b>	<b>Data de Resposta:</b>

*Dr. Fábio Roberto...*  
*10/08/2019 11:02:26*



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Boletim 1182504  


Nome	RAMON GALDINO DE ANDRADE		Data de Nascimento	25/10/1997	Idade	21a 9m 16d	Sexo	MASCULINO	Nº	1182504	Nº Promitório	Data Prescrição	10/08/2019 11:02:53
Motivo do Atendimento			Enfermaria / Leito										
Convenio	SUS				Matricula								
Nome do medicamento			Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admín.	Veloc. Int.	Pos	Apazamento				

1	TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2.0	ML			E.V.		AGORA	
2	DIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML			E.V.		AGORA	

Reimpresso por:  
 dia:

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO  
 CRM: 3945

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932268581

Data Nasc: 25/10/1997 - 21 anos

Paciente: RAMON GALDINO DE ANDRADE

Data Exame: 10/08/2019

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBO-SACRA.**

### **Técnica:**

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

### **Análise:**

Estudo dirigido ao trauma.

Fratura compressiva do corpo vertebral de L2, sem retropulsão do muro posterior.

Espondilólise bilateral em L5.

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

*Este laudo foi liberado em 14/08/2019 16:38.*



**Dr. Phydias L. F. de Carvalho**  
**CRM 6933 - PB**



**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>RAMON GALDINO DE ANDRADE</b>	BAE 1182504	Data/Hora Entrada 10/08/2019 10:46:39	Data Baixa 2019-08-11 11:48:40.0
Data de nascimento 28/10/1997	Idade 21a 9m 17d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988085854
Mãe <b>JOSICLEIDE GALDINO IRMAO</b>			Prontuário
Endereço <b>CORONEL CALIXTO, SN</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 10/08/2019 10:48:39		Data/Hora Prescrição 11/08/2019 11:45:50	

**ANAMNESE**

**#CIRURGIA GERAL#** PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-CAMINHÃO. REFERE DOR EM COLUMA LOMBOSSACRA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, ALERGIAS, OUTRAS QUEIXAS. AO EXAME: BEG (BOM ESTADO GERAL), LOET (LÚCIDO E ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO), AAA (ANICTÉRICA, ACIANÓTICA, AFEBRIL), EUPNEICO; A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM DEFORMIDADES CERVICAIS, SEM CERVICALGIA, MOVIMENTANDO ATIVAMENTE O PESCOÇO; B: RESPIRA ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE (SPO2 100%); AUSÊNCIA DE DEFORMIDADES TORÁCICAS, EXPANSIBILIDADE TORÁCICA PRESERVADA BILATERALMENTE; C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM FERIMENTOS E SEM SANGRAMENTO SIGNIFICATIVO, AUSÊNCIA DE TAQUICARDIA, SUDORESE OU AGITAÇÃO; D: ECG 15; E: ESCORIAÇÕES EM REGIÃO TORACOABDOMINAL ESQUERDA E EM CARA LATERAL DA COXA ESQUERDA. CONDUTA: PRIMEIRO ATENDIMENTO; SOLICITO RX TÓRAX, RX DA COLUMA LOMBOSSACRA, RX BACIA, USG FAST; SOLICITO PARECER DA ORTO.  
(10/08/2019 11:02:53-PABLO KENEDY ALMEIDA TRIQUEIRO)

**QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA LOMBAR E BACIA** SOLICITO TC LOMBAR  
(10/08/2019 12:41:49-JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO)

**QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA LOMBAR E BACIA** SEM DEFICIT NEUROLÓGICO, LIMITAÇÃO DE ADM DA COLUMA. TC DE COLUMA LOMBAR: FX DE COLUMA ANTERIOR POR COMPRESSÃO DE L2 RX DE BACIA: FX DE RAMO ISQUIO-PUBICO DIREITO. SEM DESVIO CD: SOLICITO AVALIAÇÃO DA NCR ORIENTAÇÕES QUANTO AO TRATAMENTO CONSERVADOR DA FX DE BACIA  
(10/08/2019 18:20:59-MATHEUS MOZART SILVEIRA MELLOQUADES)

**ACIDENTE MOTOCICLISTICO** EVOLUINDO COM CEFALÉIA E LOMBALGIA. AO EXAME: GLASGOW 15, ASIA-E, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. TC DA COLUMA LOMBAR: FRATURA COMPRESSÃO L2. CD: TC DA COLUMA DORSAL E TC DE CRÂNIO.  
(10/08/2019 18:03:17-MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA)

**ACIDENTE MOTOCICLISTICO** EVOLUINDO COM CEFALÉIA E LOMBALGIA. AO EXAME: GLASGOW 15, ASIA-E, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. TC DA COLUMA LOMBAR: FRATURA COMPRESSÃO L2. TC DA COLUMA DORSAL E TC DE CRÂNIO: N.D.N. CD: COLETE DE PUTTI  
(10/08/2019 21:04:07-MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA)

**\*\*\*\*NEUROCIRURGIA\*\*\*\*** ACIDENTE DE MOTO: CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT APENDICULAR TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM ANORMALIDADES TOMOGRAFIA DE COLUMA DORSAL SEM SINAIS DE FRATURAS TOMOGRAFIA DE COLUMA LOMBOSSACRA: FRATURA DE L2 SEM SINAIS DE COMPRESSÃO DE CANAL RECEBE ALTA EM USO DE COLETE DE PUTTI CONDUTA: ALTA; ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL  
(11/08/2019 11:43:50-RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO)

**MEDICAÇÃO**

TRAMADOL 50MG /ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA  
DIPYRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSN)

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE COLUMA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINÂMICA

RADIOGRAFIA DE BACIA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUMA LOMBAR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMA DORSAL

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

**CID10**

S32.0 - Fratura de vértebra lombar

S32.0 - Fratura da vértebra lombar

T14.9 - Traumatismo não especificado



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932269243

Data Nasc: 25/10/1997 - 21 anos

Paciente: RAMON GALDINO DE ANDRADE

Data Exame: 10/08/2019

## **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 extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

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

*Este laudo foi liberado em 10/08/2019 18:52.*

**Dra. Catarina A.R do Nascimento**  
**CRM: 6278 - PB**

## Receituário

Paciente: RAMON GALDINO DE ANDRADE

Idade: 21

Data: 11/08/2019 11:43:46

Sexo Masculino

CPF: Não Informado


BAE: 1182504

USO ORAL

1) ACECLOFENACO 100 MG ----- 01 CAIXA

1 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12/12H POR 6 DIAS.

Ricardo Rodrigues de Carvalho  
Neurocirurgia  
CRM-6628

  
Dr. RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
6628/PB

## Receituário

Paciente: RAMON GALDINO DE ANDRADE

Idade: 21

Data: 11/08/2019 11:43:46

Sexo Masculino

CPF: Não Informado


BAE: 1182504

USO ORAL

1) ACECLOFENACO 100 MG ----- 01 CAIXA

1 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12/12H POR 6 DIAS.

Ricardo Rodrigues de Carvalho  
Neurocirurgia  
CRM-6628

  
Dr. RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
6628/PB





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932269243

Data Nasc: 25/10/1997 - 21 anos

Paciente: RAMON GALDINO DE ANDRADE

Data Exame: 10/08/2019

## **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 extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

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

*Este laudo foi liberado em 10/08/2019 19:52.*

**Dra. Catarina A.R. do Nascimento**  
**CRM: 6278 - PB**



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932269243

Data Nasc: 25/10/1997 - 21 anos

Paciente: RAMON GALDINO DE ANDRADE

Data Exame: 10/08/2019

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZA DA COLUNA DORSAL**

### **Técnica:**

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

### **Análise:**

Estudo dirigido ao trauma.

Ausência de sinais de fraturas.

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

*Este laudo foi liberado em 14/08/2019 16:31.*



**Dr. Phydias L. F. de Carvalho**  
**CRM 6933 - PB**

**Conduta**

Alta médica

**Alta**

Usuário  
RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
Motivo de Alta  
ALTA MEDICA

Data e Hora  
11/08/2019 11:45:40  
Observações:

\_\_\_\_\_  
RAMON GALDINO DE ANDRADE

*Ricardo Rodrigues de Carvalho*  
\_\_\_\_\_  
RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(: 6628/PB)

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: RAFAEL ANTUNES VALESTER

Paciente: RAMON GALDINO DE ANDRADE

Data do Atendimento: 25/08/2019

RECEITA

USO ORAL

1) ALGINAC 1000 --- 1 CX  
TOMAR 1 CP DE 8/8H POR 7 DIAS

2) DIPIRONA GOTAS -- 1 FR  
TOMAR 40 GOTAS DE 6/6H SE DOR

3) CICLOBENZAPRINA 10 MG --- 1 CX  
TOMAR 1 CP A NOITE

RP3000N

*Dr. Rafael A. Valester*  
Ortopedia e Traumatologia  
Pediatría e Ps  
CRM-PB: 12244 / TEO: 16021

RAFAEL ANTUNES VALESTER

25/08/2019 10:08

10.1.32.205



**Recarta Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
120.645.584-54

Nome  
RAMON GALDINO DE ANDRADE

**Nascimento**  
**25/10/1997**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço**

CÓDIGO DE CONTROLE  
2A26.6676.5240.0A06

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

**Comprovante emitido pela**

**Secretaria da Receita Federal do Brasil**

às 09:34:34 do dia 06/03/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



Baron y de la Comandante  
ALONSO DE CORTES, 44

CAMBIO DE IDENTIDAD

Julius Festschrift - 7th

120.645.584-54

CARTÓRIO SÃO PAULO-SP  
CNPJ

NASC. N. 455938 FLS. 101F LIV. A-667

BOOK REVIEWS

SANTO AMARO-SP

REACTIVITY INDEX

DATA DE NASCIMENTO  
25/10/1997

FUNÇÃO ELENILTON GOUVEIA DE ANDRADE  
JOSICLEIDE GALDINO IRMÃO

RAMON GALDINO DE ANDRADE

4.150.213

AUGUST 1991

A 150 213

**CONCLUSIONS**

06/03/2013

VI. DALLA TUTELA DEL CONSUMATORE ALLA TUTELA DELL'AMBIENTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

...A DA SEQUENCIA E DA DIFERENÇA SON-  
...MEMBRAS DE DIFERENTES GRUPOS...

DEPARTMENT OF THE INTERIOR  
BUREAU OF LAND MANAGEMENT  
WASHINGTON, D.C. 20250



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013814249100  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA - COTA DETRAN PRT 20180000142766-4  
1 0114915979-8 00/00000000 2018

RAMON GALDINO DE ANDRADE

12064558454

QFY4793/PB

NOVO PE 9C2JB0100JR034424

PLACA MATRIZ 12064558454 APLIC GASOLINA

HONDA/POP 1101

2018 201

2 P/109 /CI

PARTIC

BRANCA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

\*\*\*\*\*

0

SEGURO P A G O 11/04/2018

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA 0

JOAO PESCOA - PB

12/04/2018

9999999

700371

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013814249100 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

EXERCICIO 2018 DATA EMISSÃO 12/04/2018

1 12064558454

QFY4793/PB

01149159798 HONDA/POP 1101

ANO FAB 2018

9

9C2JB0100JR034424

PRÊMIO TARIFARIO

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

11/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.288.808/0001-04

7003781-1510560-20180412

12/2017

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443843/19

**Vítima:** RAMON GALDINO DE ANDRADE

**CPF:** 120.645.584-54

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 10/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RAMON GALDINO DE ANDRADE

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**RAMON GALDINO DE ANDRADE : 120.645.584-54**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019  
Nome: RAMON GALDINO DE ANDRADE  
CPF: 120.645.584-54

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

RAMON GALDINO DE ANDRADE

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA