
Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200233399

Vítima: JOSE MATHEUS ALVES CHACON

Data do Acidente: 12/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LENILUCIA ALVES PINHEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200233399

Vítima: JOSE MATHEUS ALVES CHACON

Data do Acidente: 12/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LENILUCIA ALVES PINHEIRO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **LENILUCIA ALVES PINHEIRO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000037**

Conta: **00000131851-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

156.466.694-80

4 - Nome completo da vítima:

Jose matheus Alves Chacon

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

5 - Nome completo:

Jose matheus Alves Chacon

CPF: 156.466.694-80

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

R. Ronilda Gomes Fragozo de A

9 - Número:

63

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Quia

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

58077-030

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

83-99921-9283

DADOS CADASTRAIS

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:

Lenilucia Alves Pinheiro

18 - CPF do Representante Legal:

034.171.914-59

19 - Profissão do Representante Legal:

secretária

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 (343)

08.013

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0037

CONTA: 131851

22

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ 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 (minúsculo)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Assinatura digital do beneficiário no sistema

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa, 29/06/20

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 156.466.694-80 4 - Nome completo da vítima: José Mathheus Alves Chacon

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: José Mathheus Alves Chacon 6 - CPF: 156.466.694-80
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. Ronilda Gomes Fragozo de A 9 - Número: 63 10 - Complemento:
11 - Bairro: Quia 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58077-030
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83-99921-9283

DADOS CADASTRAIS

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: Lenilúcia Alves Pinheiro
18 - CPF do Representante Legal: 034.171.914-59 19 - Profissão do Representante Legal: secretária
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 (343) 08.013
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0037 CONTA: 131851 22
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (minúsculo)? ☐ 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 - Interveniente digital: ☐ Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 29/06/20
41 - Assinatura do Representante Legal (se houver) Lenilúcia Alves Pinheiro

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência
Nº 035310.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 035310.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:32 min do dia 17/06/2020, na Delegacia Online, **LENILUCIA ALVES PINHEIRO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Secretária, nascido(a) em 25/11/1979, idade 40, estado civil Casado (a), filho(a) de FRANCISCA GERALDA PINHEIRO ALVES, CPF 034.171.914-59, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rosilda Gomes Fragoso de Albuquerque, nº 63, bairro Cuiá, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58077030, telefone(s) 83999219283, registrou o seguinte:

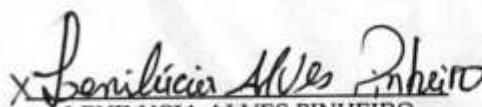
Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 12/09/2019 14:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: Abelardo Targino da Fonseca, Geisel, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que o seu filho, JOSÉ MATHEUS ALVES CHACON, menor impúbere, portador de CPF nº 156.466.694-80 trafegava pela Rua Abelardo Targino da Fonseca, Bairro Geisel, nesta Capital/PB, e ao atravessar a rua foi surpreendido por uma motocicleta de placa não identificada vindo a colidir com o menor. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar, sendo socorrido pelo Samu para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado com FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA - CID S82.2

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


LENILUCIA ALVES PINHEIRO

58AA79F990840CAECE71502F8C4EB1C2

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

156.466.694-80

4 - Nome completo da vítima:

Jose matheus Alves Chacon

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo:

Jose matheus Alves Chacon

CPF: 156.466.694-80

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

R. Ronilda Gomes Fragozo de A

9 - Número:

63

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Quia

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

58077-030

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

83-99921-9283

DADOS CADASTRAIS

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:

Lenilucia Alves Pinheiro

18 - CPF do Representante Legal:

034.171.914-59

19 - Profissão do Representante Legal:

secretária

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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 (343)

08.013

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0037

CONTA: 131851

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ 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 (minúsculo)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Assinatura digitalizada do beneficiário no ato do pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa, 29/06/20

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência
Nº 035310.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 035310.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:32 min do dia 17/06/2020, na Delegacia Online, **LENILUCIA ALVES PINHEIRO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Secretária, nascido(a) em 25/11/1979, idade 40, estado civil Casado (a), filho(a) de FRANCISCA GERALDA PINHEIRO ALVES, CPF 034.171.914-59, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rosilda Gomes Fragoso de Albuquerque, nº 63, bairro Cuiá, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58077030, telefone(s) 83999219283, registrou o seguinte:

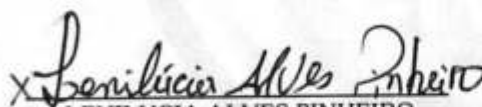
Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 12/09/2019 14:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: Abelardo Targino da Fonseca, Geisel, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que o seu filho, JOSÉ MATHEUS ALVES CHACON, menor impúbere, portador de CPF nº 156.466.694-80 trafegava pela Rua Abelardo Targino da Fonseca, Bairro Geisel, nesta Capital/PB, e ao atravessar a rua foi surpreendido por uma motocicleta de placa não identificada vindo a colidir com o menor. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar, sendo socorrido pelo Samu para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado com FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA - CID S82.2

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


LENILUCIA ALVES PINHEIRO

58AA79F990840CAECE71502F8C4EB1C2

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENILUCIA ALVES PINHEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000131851-2

Nr. da Autenticação BA0DDF740D92B76D

Importante

- » A contemplação no sistema de consórcio ocorre somente através de sorteio e lance. Os lances são sigilosos e revelados mediante a apuração da assembleia, que define o vencedor. Portanto, o Embracon, assim como todas as administradoras de consórcios do Brasil, por lei, não tem como determinar uma data específica para a contemplação da sua cota ou liberação do seu crédito, conforme regulamento da proposta de adesão. Caso você tenha recebido alguma informação diferente a esta, entre em contato conosco para esclarecimentos.
- » Não emitimos boletos com parcelas em atraso. Os clientes contemplados com valores em aberto, serão enviados para a cobrança a partir do décimo quinto dia da parcela atrasada.
- » Caro cliente, este boleto refere-se a parcela mensal com data de emissão em 13/12/2019. Se após a data de emissão seu plano de consórcio passou por qualquer regularização ou negociação, por favor, desconsidere-o e faça a emissão do novo boleto através do nosso Site, URA ou Aplicativo.
- » O cancelamento da cota ocorre automaticamente com 42 dias corridos de atraso da primeira parcela. Não perca sua vaga no grupo de consórcio.

Demonstrativo do Grupo

Acompanhe pelo nosso site www.embracon.com.br o demonstrativo completo do seu grupo.

Canais de Atendimento



SAC Eletrônico
Acesse pelo site embracon.com.br
clique no MENU > CHAT



E-mail
Envie um e-mail para
relacionamento@embracon.com.br



SAC
0800 889 0999 ou 4003 9999



Deficiente Auditivo / Fala
0800 888 0006



Ouvidoria
0800 888 4321
ouvidoria@embracon.com.br



Redes Sociais
Acompanhe e interaja com a gente na internet!
twitter.com/embracon
facebook.com/embracon
[instagram: @embraconoficial](https://instagram.com/embraconoficial)
youtube.com/embracon

Nosso horário de atendimento é de
Segunda a sexta-feira das 9h às 19h.

Consórcio

Embracon

PORQUE SONHAR NÃO TEM LIMITES



Desde 1988.



CTC RECIFE PE 3PA CID - AMARRADOS / CTC RECIFE PE PL7

LÊNILUCIA ALVES PINHEIRO
RUA ROSILDA GOMES FRAGOSO DE A 00063 CASA
CUIA
58077-030 JOÃO PESSOA PB

Data de Vencimento: 10/01/2020
Data de Postagem: 27/12/2019



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Jose Matheus Alves Chacon
DATA DE NASCIMENTO 24/10/05
NOME DA MÃE Lenilucia Alves Pinheiro

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 118047
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1189629
DATA DO ATENDIMENTO 12/09/19
HORA DO ATENDIMENTO 15:01
MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento
DIAGNÓSTICO (S) Fratura da tibia esquerda
CID 10 S82.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento por moto, com perda da consciência, admitido como imobilização da perna direita, glasgow 15, pupilas iso/foto, escoriações em face, mãos, cotovelos. Avaliado pela Neurocirurgia, Cirurgia Vascular, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
Rx cervical, perna D, bacia

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem anormalidades
RX: fratura de ossos da perna D

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura da tibia direita

ALTA HOSPITALAR: 20/09/2019
DATA DA EMISSÃO: 23/04/2020


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEQUE
o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1189629



Identificação do paciente

ID 1438180	Nome JOSE MATHEUS ALVES CHACON	Sexo Masculino
Data de nascimento 24/10/2005	Idade 13 anos 10 meses 19 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe LENILUCIA ALVS PINHEIRO	Pai KLEBER REVOREDO CHACON	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) LENILUCIA - MAE	
DDD Celular 83	Celular 988541298	DDD Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4773092	Nº Cns
Local de procedência ERNESTO GEISEL	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

EP 8077030	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ROSILDA GOMES FRAGOSO DE ALBUQUERQUE
Número 63	Complemento	Bairro CUIÁ	

Admissão

Data e Hora 12/09/2019 15:01:29	Número da pulseira 10000760929	Convênio SUS
Especialidade PEDIATRIA	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA x mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL						Tempo 59seg

Imprimir

Lenilucia Alves Pinheiro



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: DOR AGUDA, RISCO DE INFECÇÃO

Intervenções: Protocolo APH / SSVV / AUP / Imobilização MI

Evolução do Enfermeiro:

Atendimento realizado em observação direta, consciente, orientado, RR, Risco elevado para morte, com dor aguda e desconforto no abd. Esquerdos em repouso + mobil. Realizada terapia de

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: CONSCIÊNCIA HA: 35 MIN. CONSIDERADO NO TAF 100% C.R. PAO, Protocolos, SEGUNDO HOSP. TRAUMA.



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente

JOSE MATHEUS ALVES CHACON

Data de nascimento

24/10/2005

Mãe

LENILUCIA ALVS PINHEIRO

Endereço

ROSILDA GOMES FRAGOSO DE ALBUQUERQUE, 63

Acidente

MOTO X PEDESTRE

Data/Hora Classificação

12/09/2019 15:01:29

Idade

13a 10m 19d

BAE

1189629

Sexo

Masculino

Data/Hora Entrada

12/09/2019 15:01:29

CNS

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 988541298

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional

10075/PB

Bairro

CUÁ

Município

JOAO PESSOA

Profissional

BRUNO DE LUNA ROMA

Data/Hora Prescrição

12/09/2019 20:59:23

Motivo

ATROPELAMENTO

ANAMNESE

pcte com trauma no membro inferior direito, visto ao rx fratura dos ossos d perna direita, edema acentuado, Paciente ficará em observação por risco de síndrome compartimental (por isso não foi encaminhado ao ortotrauma). Caso discutido com cirurgião vascular. No momento apresenta edema importante porém perfusão mantida em pé direito com dor suportável. Não sendo indicada fasciotomia no momento. Reavaliar amanhã. Manter sem tala até reavaliação. cd: internação hospitalar para procedimento cirúrgico orientado por dr. Edson Tinoco

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: MANTER SEM TALA ATÉ REAVALIAÇÃO)

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 12/09/2019 15:02:28



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



**GOVERNO
DA PARAIBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente JOSE MATHEUS ALVES CHACON	BAE 1189629	Data/Hora Entrada 12/09/2019 15:01:29	Data Baixa
Data de nascimento 24/10/2005	Idade 13a 10m 20d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988541298
Mãe LENILUCIA ALVS PINHEIRO			Prontuário 118047
Endereço ROSILDA GOMES FRAGOSO DE ALBUQUERQUE, 63	Bairro CUIA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional EDGAR VASCONCELOS DE ANDRADE	Nº Cons. Regional 7368/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2019 15:01:29		Data/Hora Prescrição 12/09/2019 20:53:19	

JINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica: Pressão Arterial Diastólica : Frequência Cardíaca: Frequência Respiratória:
Temperatura Corporal: **36.30** Saturação (spO2): Hemoglicoteste (HGT): Cor da Pele: **NORMAL**
Peso: Altura (m): **0**

ANAMNESE

#Cir. Vascular Paciente vítima de atropelamento, com fraturas dos ossos da perna direita; EF: EGR, eupneico, acianótico, anictérico. MID: pulso presente, sem cianose, sensibilidade e motricidade presente; Edema 1/4+; USG: sem lesão vascular CD: Sem indicação de fasciotomia por sind. compartimental no momento. Manter vigilância; Orientações: (como sind. compartimental é uma patologia conjunta da ortopedia e cir. vascular, manter observação e se necessário, solicitar novo parecer se mudança do quadro clínico).

Conduta

Em observação

Enfermeiro

EDGAR VASCONCELOS DE ANDRADE
(CRM: 7368/PB)

Dr. Edgar Vasconcelos de Andrade
EDGAR VASCONCELOS DE ANDRADE
(CRM: 7368)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 12/09/2019 15:02:28



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente JOSE MATHEUS ALVES CHACON	BAE 1189629	Data/Hora Entrada 12/09/2019 15:01:29	Data Baixa
Data de nascimento 24/10/2005	Idade 13a 10m 19d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988541296
Mãe LENILUCIA ALVS PINHEIRO		CNS	Prontuário
Endereço ROSILDA GOMES FRAGOSO DE ALBUQUERQUE, 63	Bairro CUÍÁ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional REMO SOARES DE CASTRO	Nº Cons. Regional 2447/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2019 15:01:29		Data/Hora Prescrição 12/09/2019 18:31:55	

ANAMNESE

pacie com trauma no membro inferior direito, visto ao rx fratura dos ossos d perna direita, edema acentuado, solicitado a avaliação do cirurgião vascular, pois pode esta evoluindo com síndrome compartimental devido ao edema e distensão da região da panturrilha direita.

EXAME DE IMAGEM

ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBROS INFERIOR DIREITO

Conduta

Em observação

Enfermeiro


REMO SOARES DE CASTRO
(2447/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 12/09/2019 15:02:28



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**

**SEG
o tr**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 580311

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente JOSE MATHEUS ALVES CHACON	BAE 1189629	Data/Hora Entrada 12/09/2019 15:01:29	Data Baixa
Data de nascimento 24/10/2005	Idade 13a 10m 19d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988541298
Mãe LENILUCIA ALVS PINHEIRO			Prontuário
Endereço ROSILDA GOMES FRAGOSO DE ALBUQUERQUE, 63	Bairro CUIA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2019 15:01:29		Data/Hora Prescrição 12/09/2019 18:05:39	

ANAMNESE

##NCIR## PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO. TCE COM RELATO DE PERDA DA CONSCIENCIA. BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO SEM DEFICITS ECG 15 SEM CERVICALGIA TCC; SEM COLEÇÕES E SEM FRATURAS RX COL CERVICAL: AUSENCIA DE FRATURAS/LISTESE CD; ALTA DA NCIR

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Tomas Catao Monte Raso
Município
CRM: 7742

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 12/09/2019 15:02:28



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente JOSE MATHEUS ALVES CHACON	Idade 13a 10m 19d	BAE 1189629	Data/Hora Entrada 12/09/2019 15:01:29	Data Saída
Data de nascimento 24/10/2005		Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988541298
Mãe LENILUCIA ALVS PINHEIRO		Bairro CUÍÁ	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Endereço ROSILDA GOMES FRAGOSO DE ALBUQUERQUE, 63			Profissional EDNELIA MARIA NOBREGA DISTEFANO	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO		Data/Hora Prescrição 12/09/2019 15:57:59	Nº Cons. Regional 3520/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2019 15:01:29				

.NAMNESE

MENOR VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA 30 MINUTOS, SENDO EM SEGUIDA ARREMESSADO A GRANDE DISTANCIA. APRESENTOU PERDA DE CONSCIENCIA POR APROXIMADAMENTE 15 MINUTOS. ADMITIDO NA UERGENCIA JA CONSCIENTE, IMOBILIZAÇÃO DE PERNA DIREITA E SEGUNDO PROFISSIONAL DO SAMU HA INDICIOS DE FRATURA AO EXAME - ESTADO GERAL REGULAR. CONSCIENTE. ORIENTADO. PUPILAS ISOCORICAS, FOTOREAGENTES. ESCORIAÇÕES EM FACE, EM MÃOS, AMBOS OS COTOVELO. RESPIRANDO SEM DIFICULDADE. MID IMOBILIZADO. GLASGOW 154.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: VITIMA DE ATROPELAMENTO COM PERDA DE CONSCIENCIA POR 15 MIN)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: VITIMA DE ATROPELAMENTO)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA POR ATROPELAMENTO - FRATURA /)

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: VITIMA DE ATROPELAMENTO)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA - ATROPELAMENTO)

CID10

V02.1 - Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas - acidente de trânsito

Conduta

Em observação



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Em: 19/09/2019 06:57:21

Nome JOSE MATHEUS ALVES CHACON	Boletim de Atendimento 1189629	Data/Hora Entrada 12/09/2019 15:01:29	Data/Hora Saída
Idade 13	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 118047
	Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 12/09/2019 15:01:29	Data Internação 12/09/2019 21:03:06	Permanência na Unidade 6d 15h 56min	Permanência no Leito 2d 14h 6min

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 19/09/2019 06:57:14)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA

#FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA D

#PO DE TRATAMENTO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA D

PACIENTE ESTÁVEL, EUPNEICO, HIDRATADO

SEM INTERCORRÊNCIAS

AP: MV(+) S/RA

ABDOMEN: SP

CD: MANTIDA. ACOMPANHAMENTO DA ORTOPEDIA

Local: 19-041-11 - UNF 20 Leito: LEITO PED - 603

Responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA Número Conselho: 4541

Dra. Conceição Almeida
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Gerado: Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNS: 445365 - Tel: 8332165700



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 16/09/2019 06:18:13

JOAO MATHEUS ALVES CHACON		Boletim de Atendimento 1189629	Data/Hora Entrada 12/09/2019 15:01:29	Data/Hora Saída
Nome Nascimento JOAO MATHEUS ALVES CHACON	Idade 13	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 118047
Data/Hora Interação 12/09/2019 15:01:29		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data/Hora Entrada 12/09/2019 15:01:29		Data Interação 12/09/2019 21:03:06		Permanência na Unidade: 3d 15h 17min
				Permanência no Leito: 3d 9h 15min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 16/09/2019 06:10:57)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DIÁFISE TÍBIA D.;

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL; SEM INTERCORRÊNCIAS;

PERNA EDEMACIADA; PANTURRILHA FLÁCIDA; PULSOS DISTAIS PRESENTES; CD: MANTIDA.; EXAMES OK;

AGUARDA CIRURGIA.

Sessão: OBS PEDIATRIA Leito: LEITO - 009

Funcional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LUCIANO
JOSE LIRA MENDES
Em: 13/09/2019 09:04:46

Nome JOSE MATHEUS ALVES CHACON	Boletim de Atendimento 1189629	Data/Hora Entrada 12/09/2019 15:01:29	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/10/2005	Idade 13	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 12h 1min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 12/09/2019 15:01:29	Data Internação 12/09/2019 21:03:06	Permanência na Unidade: 18h 3min	Permanência no Leito: 12h 1min

EVOLUÇÃO MEDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 13/09/2019 09:04:40)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA DA TIBIA DIR

SOLICITO EXAME PRE OPERATORIO

CD: SUPORTE CLINICO E ANALGESIA

Seção: OBS PEDIATRIA Leito: LEITO - 009
Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Número Conselho: 4290

Dr. Luciano J. Lira Mendes
Ortopedia - Traumatologista
CRM 4290

RELATÓRIO DE CIRURGIA



H.E.T.S.H.L.

NOME: JOSE MATHEUS ALVES CHACON BE/PRONTUÁRIO 1189629
IDADE: 13 SEXO: M COR: DATA: 14/8/2019
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA
CIRURGIA: FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA DIREITA
CIRURGIÃO: DR ORLANDO 1º ASS: DR JOAO HENRIQUES
2º ASS: MR3 VICTOR L LINHARES 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: CLOVIS
TIPO DE ANESTESIA: RAQUI HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA DIREITA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DE TIBIA DIREITA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO NÃO

DESCRIÇÃO: BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA
☐ RESIDÊNCIA

☐ TERAPIA INTENSIVA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICOMÉDICO/CRM: DATA: 17/9/2019

Dr. Jander Henriques
MR. ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM 11385

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
ANTIBIÓTICOPROFILAXIA	
Incisão:	
VIA DE ACESSO LATERAL	
DISSECÇÃO E AVULSAO POR PLANOS	
HEMOSTASIA	
Achados:	
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA DIREITA	
Condução:	
REDUÇÃO DIRETA	
FIXADO COM PLACA DCP ESTREITA 8 FUROS + 8 PARAFUSOS CORTICAIS	
LIMPEZA COM SF 0,9	
AUXÍLIO DE ESCOPIA	
SUTURA POR PLANOS	
CURATIVOS ESTEREIS	
RX DE CONTROLE	
ATBPROFILAXIA	
Fechamento:	
MPEZA EXAUSTIVA COM SRF0,9%	
SUTURA POR PLANOS	
CURATIVOS ESTEREIS	
Observação:	

Médico/CRM:

Dr. Jansen Henriques
MPL. CORTESIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 11385

João Pessoa,

17/9/2019

1827541

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17-09-19

PRONTUÁRIO

1189629

PACIENTE: JOSE MATHEUS ALVES CHAFON

SEXO:

COR:

IDADE: 13

130-90: MATERIAL PULSO 80 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PELO ESTADO GERAL α (DOM) REGULAR (IMM) (PESSIMO) RISCO CIRURGICO α (DOM) (REGULAR) (PESSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO: 60 mmHg AP. CIRCULATÓRIO: 64 mmHg

AP. DIGESTIVO: jejum ESTADO MENTAL: LOR DROGAS EM USO:

PRE-ANESTÉSICO

HISTÓRIA

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: FRATURA DIÁFISE DE TÍBIA (D)

CIRURGIA REALIZADA: PROX. FRATURA DIÁFISE DE TÍBIA (D)

CIRURGIÃO: AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 11:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 2:3 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1:30

CODIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA: CPE CRM-PE

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

TÉCNICA: L3-L4 agulha 26i LCR+ : 1-2 ml de 1-2

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Bupivacaína 0,5%	11
2	Propofol 60 mg/ml	12
3	Fentanyl 50 mcg/ml	13
4	Atropina 2 mg/ml	14
5	Chloramfenicol 1%	15
6	Letaxina 10 mg/ml	16
7	Fentanyl 50 mcg/ml	17
8	Propofol 2,5 mg/ml	18
9		19
10		20

TUBOS E OUTROS MATERIAIS

Feito R3 + GUARANDA

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Dr. Gilvandro Lins de Oliveira Júnior
ANESTESIOLOGISTA E ESPECIALISTA EM DOR
CRM/PE 6686

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DE PARLAMENTO NACIONAL DE DEBATE
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIDADE

P B

LENILUCIA ALVES PINHEIRO

DOC. RESERVA / ORG. ASSOC. IF
2445966 SSP PB

CPF
034.171.914-59 DATA NASCIMENTO
25/11/1979

RELACÃO
LUIS ALVES PINHEIRO
FRANCISCA GERALDA
PINHEIRO ALVES

PERMISSÃO ACC CATEG
3

Nº ASSOCIADO
05405416251

VALIDADE
31/01/2022 1ª REGISTRAÇÃO
20/01/2012

OBSERVAÇÕES

Lenilucia Alves Pinheiro
ASSINATURA DO POSSESSOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
31/01/2017

Lenilucia Alves Pinheiro
ASSINATURA DO DETENTOR

05654045273
PB033840881

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1410535601

PROIBIDO PLASTIFICAR
1410535601

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
29/07/2019

REGISTRO
4.773.092

DATA DE EMISSÃO

NOME
JOSE MATEUS ALVES CHACON

RELACÃO
KLEBER REVERENDO CHACON
LENILUCIA ALVES PINHEIRO

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DOC. ORG. NAC. N.
02991 FLS. 151 LIV. A-108
CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA-PB

CPF
156.466.694-80

DATA DE NASCIMENTO
24/10/2005

Jose Mateus Alves Chacon
ASSINATURA DO POSSESSOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA CIDADANIA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917

Jose Mateus Alves Chacon

CARTÃO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DE PARLAMENTO NACIONAL DE DEBATE
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIDADE

P B

LENILUCIA ALVES PINHEIRO

DOC. RESERVA / ORG. ASSOC. IF
2445966 SSP PB

CPF
034.171.914-59 DATA NASCIMENTO
25/11/1979

RELACÃO
LUIS ALVES PINHEIRO
FRANCISCA GERALDA
PINHEIRO ALVES

PERMISSÃO ACC CATEG
31

Nº ASSOCIO
05405416251

VALIDADE
31/01/2022 1ª REGISTRAÇÃO
20/01/2012

OBSERVAÇÕES

Lenilucia Alves Pinheiro
ASSINATURA DO POSSESSOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
31/01/2017

Lenilucia Alves Pinheiro
ASSINATURA DO DETENTOR

05654045273
PB033840881

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1410535601

PROIBIDO PLASTIFICAR
1410535601

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
29/07/2019

REGISTRO
4.773.092
DATA DE EMISSÃO

RELACÃO
JOSE MATEUS ALVES CHACON
LENILUCIA ALVES PINHEIRO

NATURALIDADE
JOAO PESSOA - PB

DOC. ORG. ASSOC. IF
NASC. N.º 82991 FLS. 151 LIV. A-108
CARTORIO 3.º JOAO PESSOA - PB

CPF
156.466.694-80

DATA DE NASCIMENTO
24/10/2005

Lenilucia Alves Pinheiro
ASSINATURA DO POSSESSOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA CIDADANIA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917

Jose Mateus Alves Chacon

CARTÃO DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200233399 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MATHEUS ALVES CHACON **Data do acidente:** 12/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1 P9 P12 P13)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO 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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182625/20

Vítima: JOSE MATHEUS ALVES CHACON

CPF: 156.466.694-80

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 12/09/2019

Titular do CPF: JOSE MATHEUS ALVES CHACON

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LENILUCIA ALVES PINHEIRO : 034.171.914-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSE MATHEUS ALVES CHACON : 156.466.694-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/07/2020
Nome: LENILUCIA ALVES PINHEIRO
CPF: 034.171.914-59

LENILUCIA ALVES PINHEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO